

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

.....
(w załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela, dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku)

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....
.....
.....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

.....
.....
.....

Dyrektor szkoły:

Przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości:.....
(kwota)

.....
Data i podpis